

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.011			
Data Revisão Atual: 05/05/2026		Data do Vencimento: 05/05/208	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Genecológica Videolaparoscópica			

Por este instrumento particular a paciente _____, nascida em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ " por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A videolaparoscopia consiste na passagem de trocartes por pequenas incisões via abdominal e realização de pneumoperitônio, com visualização da cavidade abdominal através de óptica, revisão dos órgãos abdominais e pélvicos. É um procedimento que requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia. Segundo o achado cirúrgico, se fará ou não biópsia intraoperatória. Dependendo do resultado desta, se decidirá o tipo de intervenção, que poderá ser:

- Cirurgia do útero, trompas, ovários, cadeias ganglionares, tecidos pélvicos, assim como outras estruturas que estejam indicadas .
- Dependendo dos achados cirúrgicos, o procedimento poderá se limitar à realização de biópsia.
- Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

COMPLICAÇÕES: Fui informada também que a Videolaparoscopia não está isenta de complicações. De forma excepcional, pode surgir:

- Infecções com possibilidade de evolução febril (urinárias, de parede abdominal, pélvicas)
- Hemorragias podendo ser necessária à transfusão de sangue
- Lesões vesicais e/ou uretrais
- Lesões intestinais
- Fístulas
- Complicações anestésicas
- Embolia gasosa (rara)
- Lesão vascular abdominal
- Conversão para cirurgia aberta (laparotomia)
- Dor no ombro no pós-operatório devido ao pneumoperitônio
- A longo prazo poderá ocorrer prolapso (descensos) de cúpula vaginal, hérnias pós laparotômicas (abdominais), assim como doenças nos ovários remanescentes quando se conservam os mesmos
- Toda intervenção cirúrgica, devido a características próprias da técnica cirúrgica ou das condições intrínsecas do paciente (hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia, anemia, velhice, etc.) tem implícito uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão requerer tratamentos complementares clínicos e ou cirúrgicos.

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- 🕒 Cirurgias limpas: até 4%
- 🕒 Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- 🕒 Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.011			
Data Revisão Atual: 05/05/2026		Data do Vencimento: 05/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Genecológica Videolaparoscópica			

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo avaliação clínica da equipe médica.

Declara estar ciente que materiais eventualmente retirados durante o procedimento (tecidos, líquidos ou órgãos) poderão ser encaminhados para exame anatomopatológico ou laboratorial com finalidade diagnóstica. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Estou ciente de que a medicina não é uma ciência exata e que, apesar de todos os cuidados adotados pela equipe médica, não é possível garantir resultados específicos.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de ____ - ____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
RG: _____
CPF: _____

Md _____
CRM _____
CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.